

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010825

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2930 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ASS 721  
Nom & Prénom : Lomhup Tounia  
Date de naissance : 01.08.1956  
Adresse : Hay. Mand. Bloc 24 N°3  
Tél. : 0680611003 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 MARS 2023  
Nom et prénom du malade : Lomhup Tounia Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :  
Signature de l'adhérent(e) :  
ACCUEIL



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27 MARS 2023	C2		200 MA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

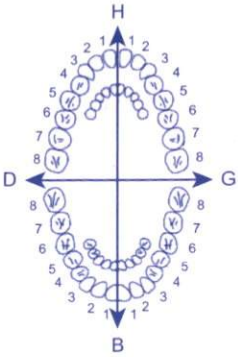
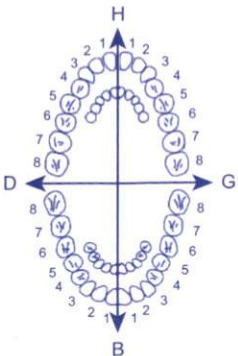
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique Mille pour cent	28/03/23					28000 DA

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412 00000000	21433552 00000000														
	G															
	D	G														
	00000000 35533411	00000000 11433553														
	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0104622

Date : 28/03/2023

Mme Lamhal Touria

Docteur : Ouhabi Souad

Type des Verres : organiques  
progressifs antireflets

Monture : optique

1200,00 DA

\* Vision de Loin :

OD Axe 1,15 Cyl -0,50 Sph +2,25 800,00 DA

OG Axe 90 Cyl -0,25 Sph +2,00 800,00 DA

\* Vision de Près :

Add : +2,75

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

Add :

Montant :

2800,00 DA

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Casablanca, le 28/03/2023

Mme Lamhal Touria

N° 425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATENTE : 30057211



**Docteur OUHADI Souad**

**Maladies et Chirurgie des yeux  
Adulte et Enfant**

Cataracte - Lasik et esthétique des yeux  
Chirurgie des paupières et des voies lacrymales  
Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Permis de Conduire

keratocone



091021162

**الدكتورة أهادي سعاد**

**أمراض و جراحة العيون**

**لل كبار والصغار**

**جراحة الجلابة**

**معالجة قصر البصر بالليزر**

**جراحة وتجميل الجفون**

**جراحة مسالك الدموع**

**الحوول - الضغط - العدسات اللاصقة**

**رخصة السياقة**

**INPE: 091021162**

10/03/2023

Casablanca, le : .....: الدار البيضاء في:

**Mme Lamhaf Touria**

Lunettes pour vision de LOIN

OD : +2,25 (115° -0,50)

OG : +2 (90° -0,25)

, ADDITION POUR VISION DE PRES

OD : + 2.75

OG : + 2.75

, Verres progressifs, BLANCS INCASSABLES

Opticien  
Optique Mille pour cent

Opticien  
Optique Mille pour cent  
Aid Allam, Rés. Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Apt. 3 - Bournazil - Casablanca  
Tél.: 05 22 56 06 56